

Nadir Bir İntestinal Obstrüksiyon Nedeni: Obturator Herni

52

Semra TUTCU ŞAHİN¹

GİRİŞ

Obturator herni, cerrahi pratiğinde oldukça nadir görülen bir fıtık türüdür. Spesifik bulgularının olmaması nedeniyle elektif tanı konma oranı düşük olduğundan, genellikle boğulmuş herni şekliyle acil serviste karşımıza çıkar. İleri yaşta hastalarda görülmesi ve bu hasta grubunda komorbiditelerin eşlik etmesi sebebiyle, morbidite ve mortalitesi oldukça yüksek bir klinik durumdur. Tanıda gecikme ve olası komplikasyonlar nedeniyle, tüm abdominal duvar fıtıklarının potansiyel olarak en mortal tipi olduğu bildirilmiştir (1). Burada, acil servise gecikmiş olarak başvuran, tanı ve tedavisi hızla yapılsa da mortal seyreden bir strangüle obturator herni vakası, literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

VAKA

84 yaşında kadın hasta, bir hafta önce başlayan ve giderek şiddetlenen karın ağrısı, karında şişlik,

bulantı, son iki gündür fekaloid tarzda kusma ve gaz-gayta çıkaramama şikayetleriyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 15 yıldır hipertansiyon öyküsü vardı. Batına yönelik cerrahi girişim öyküsü yoktu. Hasta 43 kg ağırlığında, oldukça zayıf ve dehidrate görünümdeydi. Hipotansif ve taşikardikti. (TA: 93/58 mmHg, Nabız: 95/dk) Karın muayenesinde yaygın distansiyon izlendi. Barsak sesleri hipoaktif. Defans, rebound saptanmadı. İnguinal bölge muayenesi normaldi. Rektal muayenede rektum boştu, barsak obstrüksiyonu kliniğini açıklayacak bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar parametrelerinden hemogram değerleri normal sınırlardaydı. Biyokimyasal olarak üre-kreatinin yüksekliği, CRP yüksekliği ve elektrolit dengesizliği izlendi. Mekanik barsak obstrüksiyonu ön tanısı ile acil batın bilgisayarlı tomografisi çekildi.

Batın BT’de sol obturator kanaldan ince barsak segmentinin herniasyonu izlendi. Bu düzeyin proksimalindeki ince barsak anslarında dilatasyon ve hava-sıvı seviyelenmeleri vardı. Pelviste, perihepatik-perisplenik alanda ve barsak ansları arasında sıvama tarzında serbest sıvı mevcuttu (Resim 1-2). Kardiyoloji ve Anesteziyoloji konsültasyonları sonrası operasyon açısından yüksek

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, semratutcu@gmail.com

tor kanalın darlığı ve dışarıdan erişimin zorluğu nedeniyle fıtığın redüksiyonu pek mümkün değildir. Ayrıca zaten bu fıtıklar, çoğunlukla strangüle fıtık şeklinde başvurduğu için acil cerrahi tedavi gerektirir. Cerrahi tedavide açık ve laparoskopik teknikler uygulanabilir. Bunun seçimi vakanın durumuna, cerrahın deneyimine ve laparoskopi konusundaki yetkinliğine bağlı olarak değişebilir. Obturator hernilerin cerrahi tedavisinde obturator yaklaşım, inguinal yaklaşım, retropubik yaklaşım, transperitoneal yaklaşım, ekstraperitoneal yaklaşım gibi çeşitli prosedürler tanımlanmış olup, en uygun yaklaşımın hangisi olduğu konusunda fikir birliği yoktur (15). Geçmiş yıllarda bu fıtığa kasıktan yaklaşım teknikleri uygulanmışsa da, barsakların eksplorasyonu ve gerektiğinde rezeksiyon-anastomoz için gerekli alanı sağlayamadığı için yeterli olamamaktadır. Bu nedenle günümüzde açık cerrahi serilerinin çoğunda orta hat kesisi tercih edilmiş ve önerilmiştir. Yine genel bir görüş olarak, tanısı preoperatif olarak konmamış hastalarda transperitoneal yaklaşım önerilirken, preoperatif tanı almış hastalarda ekstraperitoneal yaklaşımın daha uygun olacağı bildirilmiştir (11). Son yıllarda, deneyimin de artmasıyla birlikte laparoskopik cerrahinin bu fıtık türünde ön plana çıktığını görmekteyiz (12,13,14). Laparoskopik cerrahinin, postoperatif ağrının azlığı, erken oral alım, hastanede kısa yatış süresi gibi avantajları bulunmaktadır. Hangi cerrahi yöntem seçilirse seçilsin temel felsefe, diğer tüm fıtıklarda olduğu gibi fıtığın redüksiyonu ve defektin onarımıdır. Defekt, primer ya da greft kullanılarak onarılabilir. Perforasyona bağlı kontaminasyon durumunda defektin greftle onarımı önerilmemektedir. Böyle durumlarda fıtık kesesini yerinde bırakarak, nonabsorbabl bir sütür ile primer kapama en çok tercih edilen yöntemdir (15). Cerrahi alanın barsak içeriğiyle kontamine olması gibi bir kontrendikasyon yok ise, greftli onarımın daha uygun olduğunu, erken nüksü önlediğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Karasaki ve arkadaşları tarafından yayınlanan 80 vakalık bir seride, greftli onarım yapılan hastalarda uzun dönemde nüks izlenmezken, primer onarım yapılan hastalarda nüks oranı %22 olarak saptanmıştır (16).

Biz hastamızın acil cerrahi yönteminin seçimin-

de, strangülasyon ve olası barsak rezeksiyonu gerekliliği nedeniyle orta hat kesisi ile açık cerrahi tercih ettik. Perforasyon sonrası cerrahi alan barsak içeriği ile enfekte olduğu için greft kullanmadık, defekti prolen sütür ile primer onardık.

Sonuç olarak obturator herni nadir görülen, çoğunlukla acil şartlarda karşılaşılan bir herni türüdür. Barsak obstrüksiyonu nedeniyle acil servise başvuran, abdominal cerrahi öyküsü olmayan zayıf ve yaşlı kadın hastalarda mutlaka akla getirilmelidir. Tanıda bugün için kullanılan en etkin yöntem bilgisayarlı tomografidir. Morbidite ve mortalite oranını azaltmanın yolu, hızlı tanı ve erken cerrahi tedavidir.

KAYNAKLAR

1. Mnari W, Hmda B, Maatouk M, et al. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. *The Pan African Medical Journal*. 2019;32:144.doi:10.11604/pamj.2019.32.144.14846
2. Leow JJ, How KY, Goh MH et al. Non-operative management of obturator hernia in an elderly female. *Hernia* (2014) 18:431–433 DOI 10.1007/s10029-012-1036-9
3. Chang SS, Yan SS, Lin YJ, et al. A Review of Obturator Hernia and a Proposed Algorithm for its Diagnosis and Treatment. *World J. Surg.* 29, 450–454 (2005) DOI: 10.1007/s00268-004-7664-1
4. Kingsnorth AN, Leblanc KA. (2007) *Karın Duvarı Fıtıkları Tedavi Yaklaşımları* (Zafer MALAZGİRT, Metin ERTEM. Çev.Ed.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
5. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J Am Coll. Surg.* (2002) 194(5):657-63
6. Karasaki T, Nakagawa T, Tanaka N. Obturator hernia: the relationship between anatomical classification and the Howship-Romberg sign. *Hernia* (2014) 18:413–416 DOI 10.1007/s10029-013-1068-9
7. Archampong EQ. Strangulated obturator hernia with acut gangrenous appendicitis. *British Medical Journal* (1969);1:230
8. Kammori M, Mafune K, Hirashima T et al. Forty-three cases of obturator hernia. *The American Journal of Surgery* 187 (2004) 549–552 Doi:10.1016/j.amjsurg.2003.12.041
9. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M et al. Thirty-six Cases of Obturator Hernia: Does Computed Tomography Contribute to Postoperative Outcome. *World J. Surg.* (1999) 23, 214–217
10. Chang SS, Shan YS, Lin YJ, et al. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J. Surg.* (2005) ; 29: 450-4.
11. Zhang H, Cong JC, Chen CS. Ileum perforation due to delayed operation in obturator hernia: A case report and review of literatures. *World J Gastroenterol* (2010) 7; 16(1): 126-130 doi:10.3748/wjg.v16.i1.126
12. Ramser M, Messmer AS, Zbinden I et al. Incarcerated obturator hernia—laparoscopic repair with intraoperative view of the corona motris. *JSCR* (2014); 8 (2 pages) doi:10.1093/jscr/rju081
13. Kohga A, Kawabe A, Cao Y et al. Elective laparoscopic repair after reduction might be useful strategy for incarcerated obturator hernia: a case report. *Journal of Surgical Case Reports*, (2017) ;9, 1–4. Doi: 10.1093/jscr/rjx180
14. Ng DC, Tung KL, Tang CN et al. Fifteen-year experience in managing obturator hernia: from open to laparoscopic approach. *Hernia* (2014);18:381–6.
15. Joe C, Gowda V, Koganti S. Laparoscopic assisted repair of strangulated obturator hernia—Wayto go. *International Journal of Surgery Case Reports* 61 (2019) 246–249 Doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.07.029
16. Karasaki T, Nomura Y, Tanaka N. Long-term outcomes after obturator hernia repair: retrospective analysis of 80 operations at a single institution. *Hernia* (2014) 18:393–397 Doi: 10.1007/s10029-013-1159-7